# BIULETYN

5(232/2015) Rok wydania XXIV

Podkarpacka Okręgowa Izba Aptekarska
Rzeszów – grudzień 2015

BIULETYN REDAGUJE PREZYDIUM PORA
oraz
KOMITET REDAKCYJNY

PODKARPACKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA

35-025 Rzeszów, ul. Jagiellońska 23/5,
tel. 17 85-38-212, tel./fax 17 85-29-206,
www.poia.pl, e-mail: biuro@poia.pl
konto: Bank PKO S.A.
nr 031240 4751 1111 0000 5517 8507

BIURO CZYNNE: od poniedziałku do piątku od $8^{00}$ do $15^{00}$

OBSŁUGA PRAWNA: Kancelaria Adwokacka,
Bogusława Szybisz, tel. 17 852-86-25
Przyjmuje: piątek od $9^{00}$ do $10^{00}$
w siedzibie POIA w Rzeszowie

ISSN: 1428-7366, 1896-7639

WYDAWCA: PODKARPACKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA

**Materiałów nie zamówionych redakcja nie zwraca**
**i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiustacji, zmiany tytułów.**
**Redakcja nie odpowiada za treść reklam, ogłoszeń.**

# Szanowni Państwo, Drodzy Koledzy,

skończył się rok 2015, wchodzimy w kolejny, wyjątkowy w cyklu naszej pracy, 2016. Wyjątkowy, bo przynoszący dwudziesta piątą rocznicę reaktywacji naszego samorządu zawodowego – 19 kwietnia minie rocznica uchwalenia przez Sejm RP ustawy o izbach aptekarskich; 29 lipca – powołania Komitetu Organizacyjnego Izb Aptekarskich; 13-14 grudnia – Pierwszego Krajowego Zjazdu Aptekarzy. A niejako „po drodze", 28 października swój dwudziesty piąty rok ukończy Podkarpacka Okręgowa Rada Aptekarska.

Powinniśmy cieszyć się, że mimo wielu „zawirowań" w pracy naszych aptek, w sytuacji prawnej zawodu farmaceuty, który cały czas szuka swej mocnej pozycji na rynku pracy – samorząd trwa. A jeśli trwa, to pracuje, jest nie tylko obserwowany ale i postrzegany nie tylko przez własne środowisko.

Czeka nas kolejny, już VII Krajowy Zjazd Aptekarzy. Czy przyniesie on utrwalenie dotychczasowych dążeń, czy wyznaczy nowe kierunki działania ? Przede wszy-stkim wybierze przedstawicieli wszystkich aptekarzy, którzy zdecydują o celach pracy Naczelnej Izby Aptekarskiej i wszystkich okręgowych rad – od szczebla najwyższego, na którym prowadzone są rozmowy z administracją kraju równie najwyższą, po sprawy najważniejsze dla wykonującego zawód w najmniejszych placówkach. Oby trafnie i szczęśliwie !

Wybory na szczeblach okręgowych już za nami, warto zapoznawać się z pierwszymi decyzjami reprezentantów zawodu. Podejmując pracę inną niż dotychczas, nawet na szczeblach kierowniczych, jesteśmy wszyscy pełni zapału, „mierzymy siły na zamiary", aby meblować swe otoczenie według najidealniejszych wzorów – a przy tym nie zapominać o odpowiedzialności za działania na rzecz i w imieniu Kolegów. I tak powinno być.

Mamy mnóstwo tematów „do załatwienia". Na plan pierwszy wysuwa się temat opieki farmaceutycznej – cel piękny i godny poświęcenia mu wszelkiej uwagi, bo najbliższy jest maksymie *salus aegroti* ...

Innym ważnym dla nas jest nasza godność pracownika ochrony zdrowia, który powinien, na temat leku wiedzieć wszystko i mieć zdanie decydujące w tym względzie.

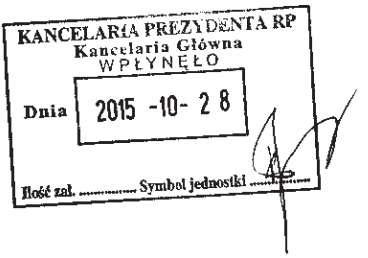
Kolejny temat to pozycja produktu leczniczego, który stacza się w odmęty rynku, stając się towarem. Z jednej strony lek powinien być blisko pacjenta, dostępny dla potrzebującego w ciągu całe doby, ale jako środek leczniczy a nie plaster na suche bóle w nocnej porze powrotu ze spaceru.

Kolejne hasło „lek tylko z apteki" i natychmiastowy odzew – „a dlaczego?" Przecież to bezpieczna substancja, a rynek zbytu należy poszerzać. Proszę ozapoznanie się z artykułem „Czarny trójkąt" – bezpieczne substancje, wprowadzane na apteczne półki, muszą być obserwowane, nie wszystkie ich działania uboczne dostrzegane są podczas stosowania u stosunkowo małej liczby pacjentów i w krótkim czasie.

I wiele, wiele innych problemów przed nami wszystkimi. Właśnie – WSZYSTKIMI !

Obyśmy wszyscy szli razem w jednym kierunku
– tego życzę Wszystkim Kolegom na ten Nowy Rok !

Prezes
Podkarpackiej Okręgowej Rady Aptekarskiej
dr n. farm. Lucyna Samborska




**Naczelna Izba Aptekarska**

L. dz. P - 446 /2015

Warszawa, dnia 27 października 2015 r.

**Pan ANDRZEJ DUDA**

**Prezydent**
**Rzeczypospolitej Polskiej**

Szanowny Panie Prezydencie!

W imieniu Naczelnej Izby Aptekarskiej zwracamy się do Pana Prezydenta z prośbą o pomoc w rozwiązaniu ważnego problemu mającego negatywny wpływ na bezpieczeństwo zdrowotne polskich pacjentów. W ocenie samorządu aptekarskiego istotnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego jest stale poszerzająca się sfera obrotu lekami w sklepach ogólnodostępnych. W piśmie do pana Prezydenta z dnia 3 września 2015 roku wskazaliśmy na pilną potrzebę wyeliminowania tego obrotu i zaproponowaliśmy nowelizację ustawy z dnia 6 września 2001 roku - Prawo farmaceutyczne, wnosząc, by w art. 71 nadać nowe brzmienie ust. 1 i dodać nowy ust. 1a:

„1. Poza aptekami i punktami aptecznymi obrót detaliczny produktami leczniczymi wydawanymi bez przepisu lekarza, z wyłączeniem produktów leczniczych, których stosowanie bez nadzoru lekarza lub fachowej informacji przekazywanej przez farmaceutę może zagrażać życiu lub zdrowiu pacjenta, oraz produktów leczniczych weterynaryjnych, mogą prowadzić:

1) sklepy zielarsko-medyczne;
2) sklepy specjalistyczne zaopatrzenia medycznego

- zwane dalej "placówkami obrotu pozaaptecznego";
- po ust. 1 dodaje się ust 1a w brzmieniu:

„1a. Poza aptekami oraz punktami aptecznymi produkty lecznicze mogą być wydawane jedynie w najmniejszych dopuszczonych do obrotu opakowaniach".

Ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne obywateli konieczne jest podjęcie zdecydowanych działań legislacyjnych. Obrót lekami w sklepach ogólnodostępnych stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia Polaków i musi być zastąpiony obrotem w aptekach. Wzorem powinny być dla nas inne państwa Unii Europejskiej, które wprowadziły istotne ograniczenia w sprzedaży leków poza aptekami. Leki muszą wrócić do apteki. Przemawia za tym ważny interes społeczny. Tylko w aptekach są właściwe warunki do ich przechowywania i tylko tam pacjenci uzyskają fachową, rzetelną informację o nabywanym leku. Trzeba też podkreślić, że liczba sklepów ogólnodostępnych jest tak duża, iż uprawnione podmioty nie mogą z przyczyn obiektywnych sprawować nad nimi jakiejkolwiek kontroli, zarówno w zakresie przechowywania produktów leczniczych, jak i ich wydawania

Nadzór nad bezpieczeństwem produktu leczniczego oraz kontrola skutków związanych z nieprawidłowym stosowaniem produktu leczniczego są możliwe - zdaniem Naczelnej Izby Aptekarskiej - jedynie przy równoczesnym ograniczaniu obrotu produktem leczniczym w placówkach, które ze względu na brak wysoko wykwalifikowanego personelu nie są w stanie zapewnić właściwego nadzoru nad wydawanym lekiem i na które - z uwagi na brak właściwego personelu - nie można nałożyć obowiązków związanych z informacją o niepożądanych działaniach produktu leczniczego. Istnienie tak szerokiej jak obecnie dostępności do produktu leczniczego oferowanego za pośrednictwem placówek obrotu pozaaptecznego powoduje niekontrolowany obrót produktami leczniczymi, które trafiają do pacjenta bez stosownej porady osoby uczestniczącej w łańcuchu kontroli jakości produktu leczniczego oraz osoby ustawowo zobowiązanej do przekazywania informacji związanej z niepożądanym działaniem produktu leczniczego.

Zdając sobie sprawę z konieczności dopuszczenia ograniczonego obrotu produktem leczniczym poza aptekami i punktami aptecznymi, Naczelna Izba Aptekarska stoi na stanowisku, że powinien on dotyczyć jedynie obrotu

produktem leczniczym niezbędnym w sytuacjach nagłych, niemożliwych do przewidzenia i obejmować wyłącznie te produkty, których bezpieczeństwo stosowania nie jest związane z fachową poradą uzyskiwaną od osoby do tego uprawnionej.

Krytycznym elementem związanym z obrotem produktami leczniczymi w sklepach ogólnodostępnych jest brak nadzoru nad źródłami ich zakupu, co wyklucza ten kanał dystrybucji produktów leczniczych. Dopuszczenie obrotu produktami leczniczymi w sklepach ogólnodostępnych niesie za sobą zagrożenie dostarczania pacjentom produktów leczniczych nie odpowiadających ustalonym wymaganiom jakościowym. Brak nadzoru farmaceuty nad prowadzonym w tych placówkach obrotem produktami leczniczymi uniemożliwia prowadzenie obrotu zgodnie z wymaganiami określonymi w ustawie - Prawo farmaceutyczne oraz odpowiednimi aktami wykonawczymi. Obecne zasoby personalne praktycznie wykluczają kontrolę sklepów ogólnodostępnych przez wojewódzkich inspektorów farmaceutycznych pod kątem prawidłowości przechowywania i obrotu produktami leczniczymi. Jednocześnie żaden sklep ogólnodostępny prowadzący obrót produktami leczniczymi nie prowadzi monitoringu warunków ich przechowywania, co uniemożliwia ewentualną ich weryfikację. Dodatkowo obecne regulacje nie uwzględniają procedury wstrzymania i wycofania produktów leczniczych znajdujących się w obrocie w sklepach ogólnodostępnych – brak możliwości egzekwowania przepisów w praktyce wyklucza skuteczne przeprowadzenie którejkolwiek z przywołanych procedur, co wprost może przełożyć się na zagrożenie zdrowia pacjentów.

Podsumowując, wymienione powyżej punkty krytyczne wskazują na nierówne traktowanie poszczególnych uczestników obrotu produktami leczniczymi. Zgodnie z obowiązującymi w Unii Europejskiej zasadami, priorytetem działania odpowiednich organów powinien być adekwatny nadzór nad obrotem produktami leczniczymi, uwzględniający wprowadzenie procedur zapewniających jednakową jakość leków oraz bezpieczeństwo ich stosowania. Obecne regulacje różnicują obowiązki i odpowiedzialność poszczególnych podmiotów, tj. aptek i sklepów ogólnodostępnych, prowadzących obrót tymi samymi produktami leczniczymi, co stanowi

naruszenie zasady równego traktowania. W związku z powyższym jedynym dopuszczalnym rozwiązaniem jest ograniczenie obrotu lekami do placówek, których funkcjonowanie może być faktycznie nadzorowane przez organy nadzoru farmaceutycznego, czyli aptek, punktów aptecznych, sklepów zielarsko-medycznych oraz sklepów specjalistycznego zaopatrzenia medycznego. W przeciwnym razie sklepy ogólnodostępne powinny mieć obowiązek zatrudnienia farmaceuty jako osoby odpowiedzialnej za prawidłowość prowadzenia obrotu produktami leczniczymi.

Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady mówi jednoznacznie, że kwestia monopolu na wydawanie produktów leczniczych pozostaje w kompetencji państw członkowskich. W wyroku z 5 grudnia 2013 roku Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej podkreślił, że państwa członkowskie Unii mogą ograniczyć swobodę przedsiębiorczości, jeśli jest to uzasadnione nadrzędnymi względami interesu ogólnego, zwłaszcza zapewnieniem ochrony zdrowia publicznego. Tak więc **wszelkie ograniczenia sprzedaży pozaaptecznej produktów leczniczych nie są sprzeczne z prawem unijnym.**

Bezpieczeństwo zdrowotne Polaków jest dobrem publicznym, które wymaga aktywnej polityki państwa. Nie można godzić się na grzech zaniechania. Polska zajmuje trzecie miejsce na świecie pod względem spożycia leków przeciwbólowych. Naczelna Izba Aptekarska od wielu lat informuje opinię publiczną o skutkach jednoczesnego stosowania środków przeciwbólowych zawierających tę samą substancję czynną pod różnymi nazwami handlowymi, co może prowadzić do przyjęcia toksycznej dawki leku. Nasze apele kierowane do polityków – premiera, ministra zdrowia i parlamentarzystów – pozostają bez odpowiedzi.

Na poparcie zasługują wszelkie inicjatywy społeczne zmierzające do radykalnego ograniczenia obrotu lekami w sklepach ogólnodostępnych, między innymi działalność stowarzyszenia Leki Tylko z Apteki i jego apele o wprowadzenie przepisów ograniczających liczbę produktów leczniczych w obrocie pozaaptecznym, wdrożenie rozwiązań umożliwiających ochronę pacjentów przed lekami sfałszowanymi dostępnymi na tym rynku, usunięcie ze sprzedaży pozaaptecznej leków stosowanych u dzieci etc.

**Prosimy Pana, by w trosce o zdrowie publiczne stanął Pan razem z nami po stronie polskich pacjentów.** Zasługują oni na taką samą ochronę jak obywatele innych państw Unii Europejskiej. Strategie marketingowe firm farmaceutycznych nie mogą kreować polityki zdrowotnej państwa. Niedawno na Litwie była próba wprowadzenia leków OTC do sprzedaży w sklepach i na stacjach benzynowych. Parlament litewski wykazał się jednak dużą odpowiedzialnością i nie dopuścił leków OTC do sprzedaży w tych placówkach obrotu pozaaptecznego.

W imieniu kilkudziesięciu tysięcy farmaceutów, członków samorządu aptekarskiego, którego zadaniem - na podstawie ustawy z 19 kwietnia 1991 roku o izbach aptekarskich – jest między innymi reprezentowanie zawodu aptekarza oraz współdziałanie z organami administracji publicznej w sprawach związanych z wykonywaniem zawodu i innych dotyczących farmacji, a mających wpływ na ochronę zdrowia publicznego, uprzejmie **prosimy Pana Prezydenta o spotkanie z przedstawicielami Naczelnej Izby Aptekarskiej**. Pragniemy przedstawić Panu Prezydentowi najważniejsze problemy, z którymi codziennie zmagają się polscy pacjenci i aptekarze. Kierujemy się troską o naszych pacjentów, o prawidłowe zaopatrzenie ich w leki ratujące zdrowie i życie. Prośbę o spotkanie z Panem Prezydentem ponawiamy, nawiązując do pisma w tej sprawie z dnia 3 września 2015 roku, na które do tej pory nie otrzymaliśmy odpowiedzi.

Z wyrazami szacunku

**dr GRZEGORZ KUCHAREWICZ**
**Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej**

**dr MAREK JĘDRZEJCZAK**
**Wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej**

RCL Dokument podpisany przez Marek Głuch Data: 2015.10.23 14:15:00 CEST

DZIENNIK USTAW
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 23 października 2015 r.

Poz. 1692

**USTAWA**

z dnia 11 września 2015 r.

**o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

**Art. 1.** W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.[1)]) w art. 46:

1) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Osobom będącym:

1) inwalidami wojennymi,

2) osobami represjonowanymi,

3) małżonkami osób, o których mowa w pkt 1 i 2, pozostającymi na ich wyłącznym utrzymaniu,

4) uprawnionymi do renty rodzinnej wdowami albo wdowcami po:

a) poległych żołnierzach,

b) zmarłych inwalidach wojennych,

c) osobach represjonowanych,

5) żołnierzami zastępczej służby wojskowej, o których mowa w art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 2 września 1994 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1373), którzy otrzymali jednorazowe odszkodowanie w związku z przymusowym zatrudnieniem w zakładach pozyskiwania i wzbogacania rud uranowych, określone w art. 5a ust. 1 tej ustawy,

6) innymi, niż określeni w pkt 5, żołnierzami zastępczej służby wojskowej, o których mowa w art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 2 września 1994 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych, w odniesieniu do których orzeczone zostało inwalidztwo będące następstwem przymusowego zatrudnienia, w miejscach wymienionych w art. 1 ust. 1 tej ustawy,

7) cywilnymi niewidomymi ofiarami działań wojennych

– przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki o kategorii dostępności „Rp" lub „Rpz" oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.";

2) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. Dokumentem, o którym mowa w ust. 4, potwierdzającym posiadanie uprawnień przez żołnierzy zastępczej służby wojskowej, o których mowa w ust. 1 pkt 5 i 6, jest zaświadczenie wydawane na wniosek osoby uprawnionej przez Szefa Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych.".

**Art. 2.** Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej: *A. Duda*

[1)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365 i 1569.

DZIENNIK USTAW
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 17 listopada 2015 r.

Poz. 1889

**OBWIESZCZENIE**
**MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 28 października 2015 r.

**w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje**

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1484) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz. U. Nr 169, poz. 1216), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

1) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2010 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz. U. z 2011 r. Nr 10, poz. 55);

2) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2014 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz. U. poz. 1172).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje:

1) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2010 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz. U. z 2011 r. Nr 10, poz. 55), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.”;

2) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz. U. poz. 1172), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.”.

Minister Zdrowia: *M. Zembala*

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. (poz. 1889)

# ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA[1)]

z dnia 11 września 2006 r.

**w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje**

Na podstawie art. 41 ust. 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124 oraz z 2015 r. poz. 28 i 875) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa:

1) szczegółowe warunki przechowywania przez apteki środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje oraz sposób prowadzenia dokumentacji w zakresie ich posiadania i obrotu;

2) szczegółowe warunki wystawiania recept i zapotrzebowań na preparaty zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe, wzory tych dokumentów oraz warunki wydawania tych preparatów z aptek.

**§ 2.** 1. Środki odurzające, substancje psychotropowe, preparaty zawierające te środki lub substancje oraz prekursory kategorii 1 przechowywane są w aptece, z uwzględnieniem ust. 2, w sposób zabezpieczający je przed kradzieżą, podmianą oraz zniszczeniem.

2. Środki odurzające grup I-N i II-N, substancje psychotropowe grupy II-P oraz preparaty zawierające te środki lub substancje należy przechowywać w odpowiednio zabezpieczonych pomieszczeniach, w zamkniętych metalowych szafach lub kasetach przymocowanych w sposób trwały do ścian lub podłóg pomieszczenia, w miejscu niedostępnym dla pacjentów.

**§ 3.** 1. Apteka prowadząca obrót środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, preparatami zawierającymi te środki lub substancje oraz prekursorami kategorii 1 jest obowiązana do prowadzenia ewidencji przychodu i rozchodu tych środków, substancji, preparatów oraz prekursorów kategorii 1.

2. Ewidencja przychodu i rozchodu środków odurzających grupy I-N i substancji psychotropowych grupy II-P oraz preparatów zawierających te środki i substancje jest prowadzona w formie książki kontroli, która zawiera:

1) na stronie tytułowej – nazwę i dokładny adres apteki, numer i datę wydania zezwolenia, kolejny numer książki oraz określenie organu zezwalającego;

2) na kolejno ponumerowanych stronach – odrębnie dla każdego środka odurzającego lub substancji psychotropowej, dla każdej ich postaci farmaceutycznej i dawki:
   a) w odniesieniu do przychodu:
      – liczbę porządkową,
      – datę zakupu,
      – numer dowodu zakupu,
      – ilość zakupioną, wyrażoną w gramach lub sztukach,
   b) w odniesieniu do rozchodu:
      – liczbę porządkową,
      – datę wydania,
      – receptę lub zapotrzebowanie stanowiące podstawę wydania,
      – imię, nazwisko i numer lekarza wystawiającego receptę lub zapotrzebowanie,
      – imię i nazwisko pacjenta lub oznaczenie jednostki składającej zapotrzebowanie,
      – ilość wydaną, wyrażoną w gramach lub sztukach,

[1)] Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1268).

c) stan magazynowy po dostarczeniu lub wydaniu,

d) ewentualne uwagi.

3. Po wypełnieniu strony tytułowej, zgodnie z ust. 2, kierownik apteki przedstawia książkę kontroli wojewódzkiemu inspektorowi farmaceutycznemu celem zatwierdzenia, poprzez przesznurowanie i opieczętowanie, oraz zarejestrowania.

4. Książkę kontroli przechowuje się przez okres 5 lat, liczony od pierwszego dnia roku kalendarzowego następującego po roku, w którym dokonano ostatniego wpisu.

5. Ewidencja, o której mowa w ust. 2, może być prowadzona w formie elektronicznej, pod warunkiem zastosowania systemu komputerowego gwarantującego, iż żadne zapisy dotyczące stanów i ruchów magazynowych nie będą usuwane, a korekty zapisów będą dokonywane za pomocą dokumentów korygujących, opatrzonych czytelnym podpisem i danymi osoby dokonującej korekty, celem zapewnienia pełnej kontroli dokonywanych operacji. W takim przypadku należy zachować zakres danych zgodny z układem książki kontroli, o której mowa w ust. 2, oraz dokonywać, co dwa tygodnie, wydruku prowadzonej ewidencji. Podpisane przez kierownika apteki wydruki obejmujące dany rok kalendarzowy powinny być kolejno ponumerowane i przechowywane przez okres 5 lat, liczony od pierwszego dnia roku kalendarzowego następującego po roku, w którym dokonano ostatniego wpisu.

6. O fakcie prowadzenia ewidencji środków odurzających grupy I-N oraz substancji psychotropowych grupy II-P w formie elektronicznej kierownik apteki zawiadamia na piśmie wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego właściwego do miejsca wykonywania działalności, w terminie 7 dni od dokonania pierwszego obrotu, który będzie ewidencjonowany w formie elektronicznej.

7. Ewidencja przychodu i rozchodu środków odurzających grupy II-N, substancji psychotropowych grup III-P i IV-P oraz prekursorów kategorii 1 jest prowadzona w postaci comiesięcznych zestawień, zawierających:

1) międzynarodową nazwę zalecaną i nazwę handlową, jeżeli taka istnieje, dawkę, postać farmaceutyczną i wielkość opakowania;

2) stan magazynowy na początku danego miesiąca;

3) łączny przychód w ciągu danego miesiąca z podaniem ilości preparatu;

4) łączny rozchód w ciągu danego miesiąca z podaniem ilości preparatu i ilości recept lub zapotrzebowań;

5) stan magazynowy na koniec danego miesiąca.

8. Ewidencja, o której mowa w ust. 7, może być prowadzona w formie elektronicznej, pod warunkiem zastosowania systemu komputerowego gwarantującego, iż żadne zapisy dotyczące stanów i ruchów magazynowych nie będą usuwane, a korekty zapisów będą dokonywane za pomocą dokumentów korygujących, opatrzonych czytelnym podpisem i danymi osoby dokonującej korekty, celem zapewnienia pełnej kontroli dokonywanych operacji. W takim przypadku należy zachować zakres danych zgodny z układem ewidencji oraz dokonywać, raz w miesiącu, wydruku prowadzonego zestawienia. Podpisane przez kierownika apteki wydruki obejmujące dany rok kalendarzowy powinny być kolejno ponumerowane i przechowywane przez okres 5 lat, liczony od pierwszego dnia roku kalendarzowego następującego po roku, w którym dokonano ostatniego wpisu.

9. Prowadzenie ewidencji, o których mowa w ust. 1, należy do obowiązków kierownika apteki.

10. Kierownik apteki może upoważnić do prowadzenia ewidencji zatrudnionego w aptece farmaceutę posiadającego co najmniej 2-letni staż pracy w aptece. Farmaceuta ten musi wyrazić pisemnie zgodę na przejęcie obowiązków.

11. Kierownik apteki na czas nieobecności spowodowanej urlopem lub chorobą może wyznaczyć farmaceutę upoważnionego do prowadzenia ewidencji. Farmaceuta ten musi spełniać wymagania przewidziane dla osoby upoważnionej do prowadzenia ewidencji oraz wyrazić pisemnie zgodę na przejęcie obowiązków.

**§ 4.** 1. Z apteki na podstawie recept innych niż specjalnie oznakowane albo zapotrzebowań mogą być wydawane preparaty zawierające:

1) środki odurzające grupy II-N;

2) substancje psychotropowe grup III-P i IV-P.

2. Z apteki mogą być wydawane bez recepty preparaty zawierające środki odurzające grupy III-N, posiadające kategorię dostępności: produkty lecznicze wydawane bez recepty.

**§ 5.** 1. Recepty na preparaty zawierające środki odurzające, substancje psychotropowe lub prekursory kategorii 1 wystawiane są zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 45 ust. 3[2)] ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464 i 1633).

1a.[3)] Recepty na preparaty zawierające środki odurzające, substancje psychotropowe lub prekursory kategorii 1, które będą stosowane u zwierząt, wystawiane są zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 69 ustawy z dnia 21 grudnia 1990 r. o zawodzie lekarza weterynarii i izbach lekarsko-weterynaryjnych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1509).

2. Wzór zapotrzebowania na preparaty zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe dla podmiotów uprawnionych do ich posiadania bądź stosowania na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii stanowi załącznik do rozporządzenia.

**§ 6.** 1.[4)] Recepta wystawiona na preparaty zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe zawiera, oprócz danych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 45 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, sumaryczną ilość środka odurzającego lub substancji psychotropowej wyrażoną słownie albo ilość środka odurzającego lub substancji psychotropowej wyrażoną słownie za pomocą ilości jednostek dawkowania oraz wielkości dawki.

2. Na jednej recepcie można przepisać tylko jeden preparat zawierający środki odurzające lub substancje psychotropowe; na recepcie tej nie można przepisywać innych produktów leczniczych.

**§ 7.**[5)] 1. Recepta wystawiona na preparaty zawierające środki odurzające grupy I-N oraz substancje psychotropowe grupy II-P może dotyczyć takiej ilości środka lub substancji, która nie przekracza zapotrzebowania pacjenta na maksymalnie 90 dni stosowania.

2. Na preparaty zawierające środki odurzające grupy I-N oraz substancje psychotropowe grupy II-P można wystawić do 3 recept na następujące po sobie okresy stosowania nieprzekraczające łącznie 90 dni stosowania.

3. Na recepcie, o której mowa w ust. 1, podaje się sposób dawkowania przepisanych środków odurzających lub substancji psychotropowych.

4. Jeżeli ze wskazanego przez osobę wystawiającą receptę sposobu dawkowania nie można obliczyć sumarycznej ilości przepisanych środków odurzających lub substancji psychotropowych, osoba wydająca przyjmuje, że są to dwa najmniejsze opakowania określone w wykazie określonym w obwieszczeniu, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345), a w przypadku leków niepodlegających refundacji – dwa najmniejsze opakowania dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

5. Recepty wystawione na preparaty zawierające środki odurzające grupy I-N lub substancje psychotropowe grupy II-P, przeznaczone do stosowania wyłącznie u zwierząt, mogą dotyczyć tylko takiej ilości środka lub substancji, która nie przekracza 5-krotnej jednorazowej dawki stosowanej u zwierzęcia.

**§ 8.** Wystawienie recepty na preparat zawierający środek odurzający lub substancję psychotropową należy odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta lub chorego zwierzęcia poprzez dokonanie w niej odpowiedniego wpisu.

**§ 9.** Apteka wydaje preparaty zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe na podstawie recept lub zapotrzebowań, o których mowa w § 5.

---

2) Obecnie recepty na preparaty zawierające środki odurzające, substancje psychotropowe lub prekursory kategorii 1 wystawiane są zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 45 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464 i 1633).

3) Dodany przez § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2010 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz. U. z 2011 r. Nr 10, poz. 55), które weszło w życie z dniem 13 lutego 2011 r.

4) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz. U. poz. 1172), które weszło w życie z dniem 18 września 2014 r.

5) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4.

**§ 10.** 1.[6)] Recepty, na których przepisano preparaty zawierające środki odurzające grupy I-N lub substancje psychotropowe grupy II-P, są realizowane nie później niż w ciągu 30 dni od daty ich wystawienia, z uwzględnieniem ust. 2.

2. Recepta wraz z zapotrzebowaniem na sprowadzenie z zagranicy produktów leczniczych, zawierających w swoim składzie środki odurzające lub substancje psychotropowe, nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia pacjentów realizowane są zgodnie z przepisami art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.[7)]).

3. Recepty, o których mowa w ust. 1 i 2, przechowuje się oddzielnie w sposób uporządkowany według dat realizacji, zabezpieczony przed kradzieżą, zamianą lub zniszczeniem.

**§ 11.** 1. Apteka, z zastrzeżeniem ust. 2, wraz z lekiem recepturowym zawierającym środek odurzający, substancję psychotropową lub prekursor kategorii 1, wydaje opis recepty.

2. Opis recepty może nie zawierać składu leku recepturowego, jeżeli na recepcie zamieszczono adnotację „wydać opis bez składu".

**§ 12.** W razie zaistnienia uzasadnionego podejrzenia co do autentyczności recepty, zapotrzebowania, o których mowa w § 5, lub zapotrzebowania, o którym mowa w § 10 ust. 2, apteka odmawia wydania preparatu i zatrzymuje zakwestionowany dokument, niezwłocznie informując na piśmie o tym fakcie wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego właściwego do miejsca prowadzenia działalności.

**§ 13.** Recepty i zapotrzebowania wystawione przed dniem wejścia w życie rozporządzenia podlegają realizacji zgodnie z dotychczasowymi przepisami.

**§ 14.** Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2003 r. w sprawie warunków przechowywania przez apteki środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów grupy I-R oraz warunków przechowywania i wydawania z aptek preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz. U. Nr 37, poz. 323).

**§ 15.** Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia[8)].

---

6) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4.

7) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 227, poz. 1505 i Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 18, poz. 97, Nr 31, poz. 206, Nr 92, poz. 753, Nr 95, poz. 788 i Nr 98, poz. 817, z 2010 r. Nr 78, poz. 513 i Nr 107, poz. 679, z 2011 r. Nr 63, poz. 322, Nr 82, poz. 451, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657 i Nr 122, poz. 696, z 2012 r. poz. 1342 i 1544, z 2013 r. poz. 1245, z 2014 r. poz. 822 i 1491 oraz z 2015 r. poz. 28, 277, 788, 875, 1771 i 1830.

8) Rozporządzenie zostało ogłoszone w dniu 25 września 2006 r.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 11 września 2006 r.

WZÓR ZAPOTRZEBOWANIA

.....
(pieczątka podmiotu
składającego zapotrzebowanie)

.....
(miejscowość i data)

**APTEKA:** .....
.....
.....
(dokładny adres)

**ZAMAWIAJĄCY:**

.....
(pełna nazwa oraz numer KRS/REGON)

.....
(dokładny adres)

.....
(zakres działalności)

.....
(numer i data wydania stosownego zezwolenia bądź zgody wydanej na podstawie przepisów
ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii)

**zwraca się z prośbą o sprzedaż następujących preparatów zawierających w swoim składzie środki odurzające lub substancje psychotropowe:**

1. .....
(nazwa międzynarodowa/handlowa, jeżeli taka istnieje, postać farmaceutyczna,
dawka oraz zamawiana ilość)

2. .....

3. .....

**Osoba upoważniona do odbioru:** .....
(imię i nazwisko oraz numer dokumentu tożsamości)

.....
(podpis i pieczątka osoby upoważnionej
do reprezentowania podmiotu
składającego zapotrzebowanie)

PLO.461.181.2015.BRB

# Notatka służbowa

Do: **Marian Zembala, Minister Zdrowia**
za pośrednictwem **Igora Radziewicza - Winnickiego, Podsekretarza Stanu**
Od: Małgorzata Szelachowska,
Zastępca Dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji
Data:13.10.2015 r.
Temat:
Informacja odnośnie stanu zaawansowania prac Zespołu nad wprowadzeniem przepisów umożliwiających wprowadzenie w aptekach opieki farmaceutycznej refundowanej ze środków publicznych

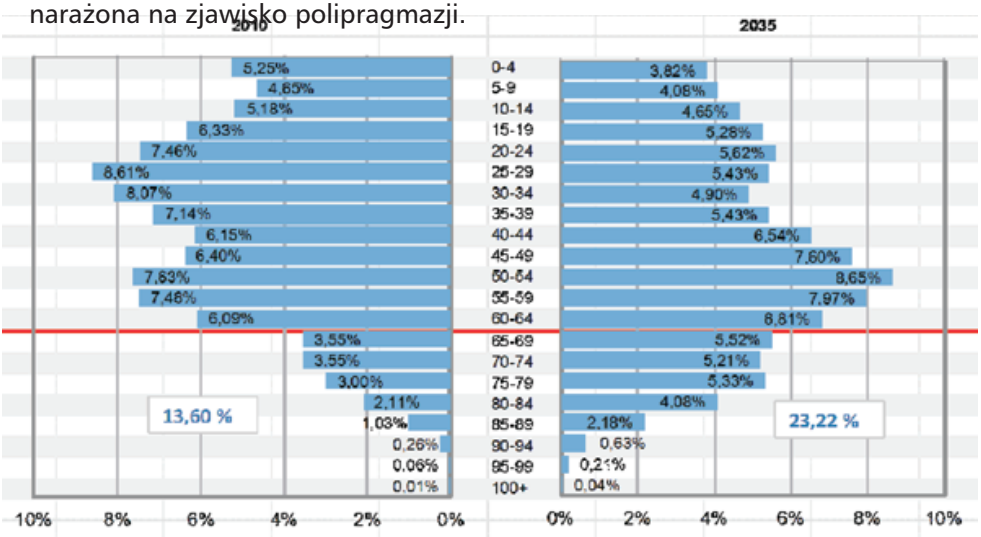
Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2015 r. został powołany Zespół ds. refundowanej opieki farmaceutycznej.
Zespół ten ma za zadanie wypracowanie projektu opieki farmaceutycznej świadczonej przez farmaceutów w ramach uprawnień zawodowych, która podlegałaby finansowaniu ze środków publicznych. Racjonalna gospodarka lekami przez pacjentów, prawidłowość, systematyczność oraz bezpieczeństwo ich stosowania w kontekście stosowania innych produktów równolegle z zaordynowanymi lekami stwarza konieczność wprowadzenia bliższej współpracy pomiędzy pacjentem a farmaceutą. Współpraca ta, dla jej większej efektywności musi zostać wdrożona jako element świadczenia gwarantowanego, jako opieka farmaceutyczna finansowana ze środków publicznych, która znacząco podniosłaby jej poziom, skuteczność oraz przyczyniła się do obniżenia kosztów poprzez nadzorowanie prawidłowości przyjmowania przez pacjentów produktów leczniczych ordynowanych przez osoby do tego uprawnione, a tym samym poprawiłaby skuteczność prowadzonych terapii. Opieka farmaceutyczna będzie również elementem profilaktyki zdrowotnej.
Pracami Zespołu kieruje Przewodniczący Zespołu, a w razie jego nieobecności Zastępca Przewodniczącego. Dotychczas Zespół trzykrotnie obradował na posiedzeniach odbywających się w siedzibie Ministerstwa Zdrowia. Zespół podejmuje decyzje zwykłą większością głosów lub w trybie obiegowym. Przyjęte w projekcie rozwiązania w zakresie organizacji i przeprowadzania posiedzeń Zespołu (m. in. tryb obiegowy, brak konieczności sporządzania protokołu po każdym posiedzeniu) mają na celu jak największe usprawnienie i uelastycznienie prac Zespołu.
Wśród największych problemów zdrowotnych naszego regionu wymienia się choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu oddechowego oraz cukrzycę, które to schorzenia powodowane są przez palenie wyrobów tytonio-

wych, nadmierne spożycie alkoholu, nieprawidłową dietę oraz niewystarczającą aktywność fizyczną (dane podawane przez Ministerstwo Zdrowia na podstawie raportu Światowej Organizacji Zdrowia „Global status report on noncommunicable diseases 2014"). Obecnie rozwiązywanie tych problemów następuje przez realizowanie profilaktycznych programów zdrowotnych, jak również edukację pacjenta prowadzoną przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Dane statystyczne wskazują jednak na niewystarczające efekty tych działań. Jak wskazano wcześniej, znaczne obciążenie lekarzy obowiązkami administracyjnymi, duża liczba pacjentów i ograniczone środki finansowane przeznaczane na edukację w tym zakresie, powodują, że świadomość społeczna o tych problemach i sposobach ich zapobiegania jest mała.

Potrzeba przygotowania projektowanych zmian w przepisach prawa wynika przede wszystkim z konieczności utworzenia mechanizmów pozwalających na uzyskanie poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. Osiągnięcie tego celu możliwe jest przez wprowadzenie dodatkowej grupy osób świadczących usługi medyczne, które dodatkowo wzmocnią opiekę nad pacjentem. Będzie to odpowiedzią na potrzeby pacjentów związane z dostępnością do usług medycznych i fachowej wiedzy zarezerwowanych obecnie dla lekarzy poz. Rozszerzenie listy specjalistów o farmaceutów jako osób uprawnionych do udzielania porad, i zwiększenie przez to liczby specjalistów, nie tylko zwiększy możliwość uzyskania fachowych konsultacji, ale także poprawi dostępność do lekarzy POZ dla osób, które z uwagi na swój stan kliniczny będą wymagały wizyty u lekarza. Wdrożone w ten sposób działania profilaktyczne pozwolą także na zmniejszenie zachorowalności na choroby społeczne, a w efekcie zmniejszą liczbę hospitalizacji oraz występujących powikłań. Farmaceuta, jako osoba kompetentna i bezpośrednio uczestnicząca w zaopatrywaniu pacjenta w farmaceutyki, pomagałby pacjentowi we właściwym doborze leków i suplementów. Jego zadaniem byłoby także zapewnienie Polakom łatwego dostępu do fachowej wiedzy i porad w zakresie zdrowego stylu życia, a także wczesnego wykrywania objawów najczęściej występujących chorób społecznych. Dodatkowo, ścisła współpraca lekarzy z farmaceutami przyczyniłaby się do większego nadzoru nad prowadzoną terapią oraz osiągnięcia prawidłowych efektów leczenia oraz stałego kontaktu z osobą monitorującą jego przebieg. Celem stworzenia opieki farmaceutycznej jest objęcie pacjenta nadzorem nad zaplanowanym dla niego przez lekarza leczeniem wraz z przekazywaniem informacji o konieczności dokonania korekty leczenia w wyniku analizy farmaceutycznej stosowanych leków, a także dokonania oceny stanu zdrowotnego pacjenta poprzez standardową ankietę wraz z ewidencją już przyjmowanych preparatów.

Opieką farmaceutyczną byłoby działanie polegające na dokumentowanym procesie, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie

potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii, w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta.
Dzisiaj nie funkcjonuje w Polsce, w żadnej regularnej postaci forma opieki nad pacjentami, realizowana przez farmaceutów i refundowana aptekom z budżetu państwa, dzięki której płatnik zwiększałby skuteczność leczenia oraz zapobiegania chorobom, a także oceniałby jej efekty. Tego rodzaju świadczenie zdrowotne, choć znane w Europie, formalnie nie znajduje umocowania w obowiązujących przepisach prawa. W celu wdrożenia farmaceutów do opieki nad pacjentem, konieczne jest podniesienie ich roli i znaczenia w systemie zdrowia przez rozszerzenie ich uprawnień o świadczenie usług w zakresie opieki farmaceutycznej oraz zapewnienie przestrzeni dającej im realną szansę na jej realizowanie.
Pierwszym wypracowanym stanowiskiem Zespołu jest zasada polegająca na włączeniu opieki farmaceutycznej do wykazu powszechnych świadczeń gwarantowanych.
Ponadto Zespół stoi na stanowisku, że opieka farmaceutyczna powinna być wdrażana etapowo. W pierwszym etapie należy określić lub wydzielić populację, dla której ma być świadczona. W związku z tym oraz w oparciu o dane demograficzne podjęto decyzję, że pierwszą wydzieloną grupą będzie grupa pacjentów w wieku 65 lat i powyżej. Ta grupa jest dodatkowo szczególnie narażona na zjawisko polipragmazji.




Ryc. 1. Źródło: *Prognoza ludności Polski w latach 2008-2035*, GUS Warszawa 2009 za http://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2013/08/3.-Prezentacja_MP.pdf [dostęp 20.07.2015]

Zespół postanowił rozważyć dwa warianty umowy zawieranej przez aptekę i NFZ. Decyzja Zespołu co do przyjęcia formy umowy musi zostać poprzedzona analizą SWAT z pozycji płatnika oraz z pozycji apteki. Po przedstawieniu wskazanych analiz przez płatnika i Naczelną Radę Aptekarską reprezentującą apteki, Zespół podejmie decyzję czy rekomendować kontraktowanie świadczeń poprzez zawarcie umowy adhezyjnej, czy konkursu ofert na świadczenie gwarantowane jakim ma być świadczenie opieki farmaceutycznej.
Decyzją Zespołu uznano, że w pierwszym etapie wdrożenia opieka powinna obejmować przegląd lekowy, polegający na ocenie farmakoterapii pacjenta w celu wykrycia i rozwiązania lub zapobieżeniu problemów związanych z problemami lekowymi, drugim produktem byłyby szkolenia dla pacjentów w zakresie leków wziewnych i specjalnego dozowania.
Ponadto ustalono, że w ramach świadczenia usługi opieki farmaceutycznej, farmaceuta powinien uzyskać uprawnienia do przepisania recepty farmaceutycznej w ramach kontynuacji terapii zleconej przez lekarza w zakresie wszystkich leków, w tym leków refundowanych, niezależnie od wieku pacjenta.
Dodatkowo Zespół postanowił rozszerzyć swój zakres działania, aby w ramach prac nad refundowaną opieką farmaceutyczną, równolegle opracować projekt opieki farmaceutycznej realizowanej w szpitalach, jako usługi świadczonej i rozliczanej z NFZ.
W obowiązującym stanie prawnym opieka farmaceutyczna jest zdefiniowana w ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2014 r. poz. 1429) w art. 2a ust. 1 pkt 7. Opieka ta nie jest świadczeniem opieki zdrowotnej finansowanym ze środków publicznych tylko uprawnieniem kompetencyjnym farmaceuty, w związku z tym, żeby móc zmienić jej kwalifikację prawną należałoby ją umieścić w art. 15 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). Przepis ten wskazuje w ust. 2, jakie świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane. Należałoby również napisać nowe rozporządzenie, które określałoby tzw. koszyk świadczeń gwarantowanych wchodzących w skład opieki farmaceutycznej, na podstawie którego Narodowy Fundusz Zdrowia dokonywałaby rozliczeń. Dodatkowo, koniecznym byłoby skonstruowanie przepisów, które wskazywałyby na potrzebę zawarcia swoistego rodzaju zobowiązania prawnego łączącego Narodowy Fundusz Zdrowia z farmaceutą, który sprawowałby opieką farmaceutyczną. Wymagałoby to zmiany ustawy z dnia 6 września 2001 r - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 z późn. zm.). Dodatkowo, w zakresie obowiązków farmaceuty oraz kwestii związanej ze sprawozdawczością wymagana będzie zmiana ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia

żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie informacji gromadzonych przez apteki oraz informacji przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia (dz. U. z 2014 r. poz. 122).
W celu realizowania świadczeń wchodzących w skład opieki farmaceutycznej takich jak np. wywiad z pacjentem wydaje się, że niezbędnym byłoby osobne miejsce, gdzie farmaceuta mógłby takiego wywiadu dokonać na osobności. W tym celu wymagałaby zmiany ustawa - Prawo farmaceutyczne oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2002 r. w sprawie wykazu pomieszczeń wchodzących w skład powierzchni podstawowej i pomocniczej apteki (Dz. U. z 2002 r. Nr 161, poz. 1338). Zasadnym wydawałoby się również znowelizowanie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych (Dz. U. z 2002 r., Nr 183, poz.1531 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r., poz. 124 j.t. ).
Podstawą realizacji opieki farmaceutycznej jest zapewnienie farmaceucie dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta. Nadanie takiego uprawnienia wymagałoby zmiany ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159 j.t.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177 z późn. zm.).
Dodatkowo nowelizacji wymagałoby rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie warunków występowania o sporządzenie dokumentu elektronicznego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2012 r. poz. 1500), które umożliwiłoby farmaceucie dostęp do eWusia w celu weryfikacji uprawnienia pacjenta do świadczenia opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych.
Ponadto należy dodać, że nowelizacji wymagałaby ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 657 z późn. zm) m.in. pod kątem zmiany definicji usługodawcy. Zmiana ta jest kluczowa mając na uwadze wprowadzane w ramach prowadzonych obecnie prac legislacyjnych nad przedmiotową ustawą modułów: e-recepty, e-zleceń, e-skierowań i przede wszystkim kluczowej e-dokumentacji medycznej, Karty Specjalisty Medycznego i Internetowego Konta Pacjenta. Włączając farmaceutę w pełni do systemu informacji medycznej i przede wszystkim umożliwiając mu dostęp do Internetowego Konta Pacjenta i jego dokumentacji medycznej możliwym byłoby efektywne monitorowanie farmakoterapii i śledzenie jakie leki przepisują pacjentowi lekarze i czy nie wchodzą one ze sobą

w interakcje. Niemniej jednak należy nadmienić, że funkcjonalności te wchodzą z dniem wejścia w życie ustawy na zasadzie fakultatywności a obligatoryjnie będą obowiązywały w większości od 2017 r.
Ponadto niezbędna będzie taryfikacja świadczenia opieki farmaceutycznej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.
Oszacowanie dokładne horyzontu czasowego jest trudne do określenia dla poszczególnych działań, uwzględniając termin, w którym opieka farmaceutyczna mogłaby funkcjonować jako świadczenie gwarantowane, ze względu na fakt złożoności procesu legislacyjnego, oraz potrzeby zmiany ok. siedmiu ustaw i pięciu rozporządzeń, w tym wydania nowego rozporządzenia, które określałoby tzw. koszyk świadczeń gwarantowanych wchodzących w skład opieki farmaceutycznej. Wstępne założenie perspektywy czasowej wejścia w życie nowego świadczenia prognozuje się najwcześniej na 2018r.
Ponadto konieczne będzie wykonanie taryfikacji świadczeń w zakresie opieki farmaceutycznej. Agencja Oceny Technologii Medycznych opublikowała plan taryfikacji do końca 2016 r. Decyzję o umieszczeniu danej grupy świadczeń w Planie Taryfikacji na rok 2016 podjęto przy uwzględnieniu obiektywnych kryteriów, do których należą: sytuacja epidemiologiczna i procesy demograficzne zachodzące w Polsce, szczególne potrzeby wybranych grup pacjentów (dzieci, osoby starsze, kobiety w okresie ciąży i połogu, przewlekle chorzy, terminalnie chorzy), znaczenie finansowe dla systemu ochrony zdrowia, koszty społeczne, oraz istotność dla realizacji priorytetów polityki zdrowotnej państwa.
W związku z powyższym do planu taryfikacji na rok 2016 włączono następujące obszary świadczeń:
* Leczenie chorób układu krążenia w leczeniu szpitalnym,
* Leczenie chorób układu mięśniowo-szkieletowego w leczeniu szpitalnym,
* Położnictwo i opieka nad noworodkami w leczeniu szpitalnym.
Biorąc pod uwagę powyższe oraz dotychczasowe doświadczenia w zakresie wprowadzania w Polsce zmian legislacyjnych, można jedynie w dużym przybliżeniu przewidzieć 2018 r. jako horyzont czasowy na zaklasyfikowanie opieki farmaceutycznej jako świadczenia gwarantowanego.

**STANOWISKO Nr VI/15/2015**
**z dnia 30 września 2015r.**
**NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ**
**w sprawie opieki farmaceutycznej**

Doceniając fakt rozpoczęcia prac nad koncepcją refundowanej opieki farmaceutycznej, Naczelna Rada Aptekarska wyraża następujące stanowisko:

1. Naczelna Rada Aptekarska uważa, że podmiotem właściwym do tworzenia podwalin opieki farmaceutycznej, określania zasad i szczegółowych warunków sprawowania opieki farmaceutycznej jest samorząd zawodu farmaceutów.
2. Naczelna Rada Aptekarska podkreśla, że sprawowanie opieki farmaceutycznej polega na dokumentowanym procesie, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta.
3. Sprawowanie opieki farmaceutycznej jest katalogiem usług farmaceutycznych wykonywanych w celu ochrony zdrowia publicznego. **Świadczenie tych usług zastrzeżone jest do wyłącznej kompetencji zawodowej farmaceutów i nie powinno być realizowane w drodze konkursu.**
4. Należyte wykonywanie konstytucyjnych funkcji samorządu zawodowego **wymaga zapewnienia mu możliwości nie tylko decydowania lub współdecydowania o tym, kto może wykonywać dany zawód, lecz także kontrolowania sposobu jego wykonywania.**
5. Naczelna Rada Aptekarska uważa, że w toku prac dotyczących refundowanej opieki farmaceutycznej należy:
   1) dokonać wnikliwej analizy rozwiązań przyjętych przez inne kraje Unii Europejskiej;
   2) wypracować w ramach Zespołu powołanego przez Ministra Zdrowia propozycji rozwiązań wpisujących się w rozwiązania obowiązujące w Unii Europejskiej;
   3) szczegółowo omówić proponowane rozwiązania z farmaceutami zrzeszonymi w samorządzie aptekarskim.
6. Naczelna Rada Aptekarska stoi na stanowisku, że konieczne jest rozszerzenie składu Zespołu w taki sposób, aby większą reprezentację stanowili aptekarze pracujący w aptekach ogólnodostępnych i aptekach szpitalnych. Aptekarze ci powinni być wskazani przez Naczelną Radę Aptekarską.

**Wiceprezes NRA**
**dr n. farm. Marek JĘDRZEJCZAK**

**Sekretarz NRA**
**mgr farm. Dariusz SMOLIŃSKI**

MINISTERSTWO ZDROWIA
ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa
wpł. dn. 2015 -10- 07
KANCELARIA
Podpis

Naczelna Izba Aptekarska
L.dz. P-387/2015

Warszawa, dnia 7 października 2015 r.

**Pan**
**prof. dr hab. n. med. Marian ZEMBALA**
**Minister Zdrowia RP**

Szanowny Panie Ministrze

W związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2015 r., poz. 1400), w którym to przewiduje się wzrost wynagrodzenia pielęgniarek i położnych pracujących u świadczeniodawcy w podmiocie leczniczym, w imieniu samorządu aptekarskiego reprezentującego także farmaceutów pracujących w aptekach szpitalnych, zakładowych i działach farmacji szpitalnej, zgłaszam stanowczy protest przeciwko kolejnemu uprzywilejowywaniu (podnoszeniu wynagrodzenia) tylko jednej grupy zawodowej, z pominięciem innych grup zawodowych, bardzo ważnych ze względu na prawidłowe sprawowanie opieki nad pacjentem, w tym grupy zawodowej farmaceutów szpitalnych.

W chwili obecnej niezbyt licznemu personelowi aptek szpitalnych, zakładowych, czy działów farmacji szpitalnej z każdym miesiącem nakłada się coraz więcej obowiązków, natomiast jego wynagrodzenie nie wzrasta. Doprowadza to do sytuacji, w której farmaceuci szpitalni część swoich obowiązków zobowiązani są wykonywać za darmo. Jako przedstawiciel samorządu aptekarskiego uważam, że każdemu, a nie tylko tym grupom zawodowym, których siłą i argumentem przekonującym są akcje protestacyjne, za solidną pracę należy się stosowne wynagrodzenie. Postępowanie polegające na faworyzowaniu tylko jednej grupy pracowników jest nieetyczne oraz nieuzasadnione merytorycznie i prawnie.

Należy zwrócić uwagę, że farmaceuci szpitalni stanowią ważną część personelu szpitala i sprawują pełną pieczę nad produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi stosowanymi u pacjentów hospitalizowanych, co gwarantuje znaczny wzrost bezpieczeństwa ich stosowania oraz istotne korzyści ekonomiczne. Wzmocnienie pozycji farmaceutów, a w konsekwencji wzmocnienie pozycji apteki szpitalnej, zakładowej czy działu farmacji szpitalnej, da możliwość sprawowania pełnej kontroli nad obrotem produktami leczniczymi oraz wyrobami medycznymi u świadczeniodawców, co przyniesie w dłuższej perspektywie wymierne korzyści.

Z wyrazami szacunku,

**Wiceprezes**
**Naczelnej Rady Aptekarskiej**
*dr Marek Jędrzejczak*

D. Smoliński

Minister Zdrowia

2015 -10- 29

Wpłynęło dn. .....

L. dz. ..... kd 3363/15

Podpis ..... M. Mielko

Warszawa, 2015 -10- 26

DS-OP.0762.12.2015.BJ

Pan
dr Marek Jędrzejczak
Wiceprezes
Naczelnej Rady Aptekarskiej

Szanowny Panie Prezesie

W odpowiedzi na wystąpienie złożone na ręce Ministra Zdrowia Mariana Zembali z dnia 7 października 2015 r. (L.dz. P-387/2015) poruszające kwestie podwyższenia wynagrodzenia tylko pielęgniarkom z jednoczesnym pominięciem pozostałych grup zawodowych, proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Podjęcie przez Ministerstwo Zdrowia prac nad przygotowaniem regulacji służących wzmocnieniu pozycji pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia i poprawie poziomu wynagrodzeń w tej grupie zawodowej wynika z faktu, że właśnie pielęgniarki i położne stanowią najliczniejszą grupę zawodową wśród profesjonalistów medycznych, zaś zawód ten w średnio – i długookresowej perspektywie charakteryzować się może najpoważniejszym deficytem dopływu nowych kadr.

Jednocześnie Minister Zdrowia zobowiązany jest do podejmowania wielokierunkowych działań na rzecz podniesienia atrakcyjności zawodu pielęgniarki położnej w naszym kraju w celu zapewnienia pacjentom opieki świadczonej przez tę grupę w jak najszerszym zakresie. Jednym z podstawowych narzędzi podnoszenia tej atrakcyjności jest właśnie poprawa perspektyw finansowych związanych z wykonywaniem danej profesji.

Ponieważ, pielęgniarki i położne to najliczniejsza grupa zawodowa w sektorze zdrowia jakiekolwiek podwyższenie ich wynagrodzeń nie byłoby w praktyce możliwe do zrealizowania przez większość pracodawców na bazie aktualnie dostępnych środków własnych, bez dodatkowego wsparcia finansowego dokonanego w oparciu o opracowywane obecnie w resorcie zdrowia i w NFZ rozwiązania.

Należy pamiętać, że zaproponowane rozwiązania nie zdejmują oczywiście z pracodawców odpowiedzialności za kształtowanie wynagrodzeń wszystkich grup zawodowych zatrudnionych w placówkach i nie ograniczają kierowników w procesie regulowania płac osób wykonujących inne zawody niż pielęgniarki i położnej.

Pragniemy zapewnić, że poziom wynagrodzeń również pozostałych grup zawodowych jest przedmiotem stałych analiz Ministerstwa Zdrowia, zaś zgłaszane postulaty płacowe dotyczące objęcia podwyżkami grup zawodowych innych niż pielęgniarki i położne były przedmiotem obrad Kolegium Ministra Zdrowia. Przeprowadzone analizy wskazały na olbrzymie trudności związane ze sfinansowaniem i organizacyjnym przeprowadzeniem ewentualnego równoczesnego podniesienia płac wszystkich grup zawodowych czynnych w ochronie zdrowia.

Nie oznacza to, że Ministerstwo Zdrowia nie dostrzega potrzeby podnoszenia wynagrodzeń wszystkich grup pracowników medycznych w miarę dostępnych, a wciąż boleśnie ograniczonych – w stosunku do artykułowanych przez pracowników ochrony zdrowia oczekiwań – zasobów publicznych środków finansowych.

2 powierzeniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
**PODSEKRETARZ STANU**
*Piotr Warczyński*

*Główny Inspektor Farmaceutyczny*
***Zofia Ulz***

Warszawa, dnia 28 PAŹ. 2015

GIF-P-L-076/451/MPI/15

Wpłynęło dn. 2015 -10- 30
L. dz. 10133x2 16
Podp's

Pan
Marek Jędrzejczak
Wicepreces
Naczelnej Rady Aptekarskiej

Szanowny Panie Prezesie,

W odpowiedzi na pismo z dnia 6 października 2015 r. znak: L.dz.P-386/2015 w sprawie sygnałów od aptekarzy dotyczących odmów realizacji zamówień na produkty lecznicze przez firmę Abbott Diabetes Care, proszę o przyjęcie poniższego stanowiska.

Zgodnie z art. 36z ust. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, odmowa realizacji zamówienia na zapotrzebowanie podmiotów uprawnionych do obrotu detalicznego produktami leczniczymi i przedsiębiorców zajmujących się obrotem hurtowym produktami leczniczymi, następuje niezwłocznie, w formie pisemnej lub elektronicznej. Ponadto, odmowa realizacji zamówienia na produkty objęte refundacją powinna zawierać uzasadnienie. Przepisy ustawy – Prawo farmaceutyczne nie określają, w jakich przypadkach należy traktować odmowę za uzasadnioną.

Kwestię, czy odmowa realizacji zamówienia jest uzasadniona czy nie, organ ustali w postępowaniu administracyjnym. Jednak należy podkreślić, iż przepisy ustawy – Prawo farmaceutyczne nie przewidują kar za nieuzasadnioną odmowę realizacji zamówienia na zapotrzebowanie, o którym mowa w art. 36z ust.1 ustawy – Prawo farmaceutyczne. Na podstawie art. 81 ust. 1 pkt 4a ww. ustawy Główny Inspektor Farmaceutyczny może cofnąć zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej, jeżeli przedsiębiorca naruszył przepisy art. 36z w odniesieniu do produktów leczniczych objętych refundacją.

Z poważaniem

GŁÓWNY INSPEKTOR FARMACEUTYCZNY

Zofia Ulz

Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

Działając w obszarach produktów leczniczych, wyrobów medycznych i produktów biobójczych chronimy zdrowie i dbamy o bezpieczeństwo społeczeństwa.

URPLWMIPB » AKTUALNOŚCI

# Aktualności

Komunikat Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych z dnia 3.11.2015 r. w sprawie zapisu w Charakterystyce Produktu Leczniczego i ulotce dla pacjenta informacji dotyczącej sposobu zgłaszania działań niepożądanych.

2015-11-04 marpie

**PREZES**
**Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych,**
**Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych**
Grzegorz Cessak

**KOMUNIKAT**
**PREZESA URZĘDU REJESTRACJI PRODUKTÓW LECZNICZYCH,**
**WYROBÓW MEDYCZNYCH I PRODUKTÓW BIOBÓJCZYCH**
**z dnia 3 listopada 2015 r.**
**w sprawie zapisu w Charakterystyce Produktu Leczniczego i ulotce dla pacjenta informacji dotyczącej sposobu zgłaszania działań niepożądanych**

Zgodnie z art. 36d ust.2 ustawy Prawo Farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 r. (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz.271 z późn. zm.) oraz z § 6 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2009 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie wymagań dotyczących oznakowania opakowań produktu leczniczego oraz treści ulotki (Dz. U. z dnia 2015 r., poz. 1109) informacja o sposobie zgłaszania działań niepożądanych zamieszczana przez podmiot odpowiedzialny powinna brzmieć następująco:

**Charakterystyka Produktu Leczniczego:**

Zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych

Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych:
Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel.: + 48 22 49-21-301, fax: +48 22 49-21-309, e-mail: ndl@urpl.gov.pl.
Działania niepożądane można zgłaszać również podmiotowi odpowiedzialnemu.

**Ulotka dla pacjenta:**

Zgłaszanie działań niepożądanych

Jeśli wystąpią jakiekolwiek objawy niepożądane, w tym wszelkie objawy niepożądane niewymienione w ulotce, należy powiedzieć o tym lekarzowi lub farmaceucie, lub pielęgniarce. Działania niepożądane można zgłaszać bezpośrednio do Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych:
Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel.: 22 49-21-301, fax: 22 49-21-309, e-mail: ndl@urpl.gov.pl.
Działania niepożądane można zgłaszać również podmiotowi odpowiedzialnemu.
Dzięki zgłaszaniu działań niepożądanych można będzie zgromadzić więcej informacji na temat bezpieczeństwa stosowania leku.
Dla produktów, których druki informacyjne zawierają już informację o zgłaszaniu działań niepożądanych, uzupełnienie należy wprowadzić przy najbliższej zmianie dotyczącej druków informacyjnych.

Prezes Urzędu
Rejestracji Produktów Leczniczych,
Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych
/-/ Grzegorz Cessak

# Co oznacza czarny trójkąt?

**Unia Europejska (UE) wprowadziła nowy sposób oznakowania leków szczególnie uważnie monitorowanych.**

Na ulotce dołączonej do opakowania takich leków umieszczony jest czarny odwrócony trójkąt oraz krótkie zdanie:

▼ **„Niniejszy produkt leczniczy będzie dodatkowo monitorowany."**

Po wprowadzeniu do obrotu w UE wszystkie leki są uważnie monitorowane. Jednak leki z czarnym trójkątem są monitorowane staranniej niż pozostałe.

Jest to zazwyczaj spowodowane mniejszą liczbą dostępnych informacji o danym leku w porównaniu z innymi lekami, na przykład ze względu na to, że jest on nowy na rynku.

Nie oznacza to jednak, że lek jest niebezpieczny.

## Jak zgłaszać działania niepożądane

Należy zgłaszać wszelkie podejrzane działania niepożądane dotyczące przyjmowanego leku, zwłaszcza jeśli jest on oznaczony czarnym trójkątem.

Działania niepożądane można zgłosić lekarzowi, farmaceucie lub pielęgniarce.

Działania niepożądane można również zgłosić bezpośrednio krajowemu organowi regulacyjnemu ds. rejestracji leków. Informacje dotyczące sposobu ich zgłaszania można znaleźć w ulotce dołączonej do opakowania oraz na stronie internetowej krajowego organu regulacyjnego.

Zgłaszając działania niepożądane, pomagasz organowi regulacyjnemu ocenić, czy korzyści płynące ze stosowania leku nadal przewyższają ryzyko.

## Dlaczego leki są monitorowane po dopuszczeniu do obrotu?

Europejskie organy regulacyjne podejmują decyzję o dopuszczeniu leku do obrotu po przeprowadzeniu testów laboratoryjnych i badań klinicznych.

Do obrotu są dopuszczane wyłącznie leki, dla których wykazano, że korzyści płynące z ich stosowania przewyższają ryzyko. Dzięki temu można mieć pewność, że pacjenci mają dostęp do leczenia, jakiego potrzebują, i nie są narażeni na nieakceptowalne działania niepożądane.

W badaniach klinicznych uczestniczy zazwyczaj niewielka liczba pacjentów przez ograniczony czas i w kontrolowanych warunkach.

W warunkach rzeczywistych lek jest stosowany przez większą i bardziej zróżnicowaną grupę pacjentów. Osoby te mogą mieć inne stany chorobowe i przyjmować inne leki.

Niektóre rzadsze działania niepożądane mogą wystąpić dopiero po dłuższym stosowaniu leku przez większą liczbę osób.

Dlatego niezbędne jest ciągłe monitorowanie bezpieczeństwa wszystkich leków dostępnych w na rynku.

Przykładem leków podlegających dodatkowemu monitorowaniu są nowe leki, dopuszczone do obrotu od początku 2011 r., oraz leki, co do których organy regulacyjne wymagają przeprowadzenia dodatkowych badań, np. dotyczących długotrwałego stosowania lub rzadko występujących działań niepożądanych obserwowanych podczas badań klinicznych.

Odwiedź stronę internetową organu regulacyjnego ds. rejestracji leków w Twoim kraju:

www.urpl.gov.pl

www.gif.gov.pl

Więcej informacji znajduje się na stronie **www.ema.europa.eu**

# Posiedzenie Naczelnej Rady Aptekarskiej

W Ożarowie Mazowieckim, w dniu 4 listopada br. odbyło się kolejne posiedzenie Naczelnej Rady Aptekarskiej, prowadzone przez Prezesa NRA, doktora Grzegorza Kucharewicza.

Program posiedzenia obejmował wiele ważnych spraw dotyczących tak pracy bieżącej Rady jak przygotowania VII Krajowego Zjazdu Aptekarzy.

W części związanej z przygotowaniem obrad Zjazdu, zgromadzeni członkowie NRA zdecydowali, że VII KZA odbędzie się w hotelu Windsor Palace w Jachrance koło Warszawy w ostatni weekend stycznia 2016 r. Uchwałą NRA zatwierdzono liczby delegatów z poszczególnych okręgowych izb aptekarskich – spośród 337 delegatów ogółem, podkarpacka izba reprezentowana będzie przez 13 osób (najwięcej delegatów wysyła na zjazd izba w Warszawie - 48; najmniej izba w Kaliszu - 5 osób). Przyjęto projekty uchwał zjazdowych: a) w sprawie ustalenia porządku obrad; b) w sprawie uchwalenia regulaminu VII KZA; c) w sprawie ustalenia obsługi prawnej Zjazdu.

Członkowie NRA przyjęli uchwałę w sprawie ustalenia liczby wiceprezesów NRA oraz niefunkcyjnych członków Prezydium NRA, zgodnie z regulaminem Naczelnej Rady Aptekarskiej. W skład Prezydium NRA wchodzi ogółem dziesięć osób, w tym prezes, dwóch wiceprezesów, sekretarz, skarbnik i pięciu członków niefunkcyjnych.

Kolejnym zagadnieniem posiedzenia NRA było omówienie zaawansowania prac nad Centralnym Rejestrem Farmaceutów i podjęcie uchwały w sprawie sposobu przekazywania danych przez okręgowe rady aptekarskie do Centralnego Rejestru Farmaceutów oraz upoważnienie Prezydium NRA do wykonywania obowiązków Administratora danych objętych Centralnym Rejestrem Farmaceutów.

Wiceprezes NRA, dr Marek Jędrzejczak, przekazał szczegółową informację na temat przebiegu konferencji uzgodnieniowej w sprawie projektu ustawy o zawodzie farmaceuty i izbach aptekarskich. Tekst projektu wraz z wniesionymi poprawkami zostanie jeszcze w listopadzie br. przesłany do wszystkich okręgowych izb aptekarskich w celu dalszej dyskusji.

Zgromadzeni członkowie NRA przedyskutowali też finansowanie portali edu-kacyjnych dla farmaceutów przez NRA oraz pracę nad utworzeniem NMVO w Polsce – europejskiego systemu identyfikacji produktu leczniczego w aptece.

Członek Prezydium NRA
mgr farm. Lidia Maria Czyż

# Skrócona informacja z 2-go posiedzenia PORA VII kadencji w dniu 19.11.2015

W dniu 19 listopada 2015 roku odbyło się drugie posiedzenie Podkarpackiej Okręgowej Rady Aptekarskiej VII kadencji. Posiedzenie otwarła Prezes PORA p. dr Lucyna Samborska. Na posiedzeniu obecni byli wszyscy członkowie Rady, oraz zaproszeni goście:

- p. mgr farm. Witold Prokopiak – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej,
- p. mgr farm. Maria Wójcik – Przewodnicząca Okręgowego Sądu Aptekarskiego,
- p. mgr farm. Monika Urbaniak – Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny,
- p. mgr Bogusława Szybisz – prawnik POIA,
- p. mgr Elżbieta Zwolińska – Dyrektor Biura POIA.

Posiedzenie rozpoczęło się od przedstawienia informacji bieżących:

- Pani Prezes dr Lucyna Samborska poinformowała o:
  - o wyrażeniu zgody przez p. doktora Aleksandra Czarniawego na wejście w skład Komisji Legislacyjnej,
  - o wyrażeniu zgody przez p. mgr Marzenę Moskwa-Jacek na pełnienie funkcji koordynatora ds. Działów Farmacji Szpitalnej
  - o fakcie ukonstytuowania się w dniu 04.11.2015 Komisji Rewizyjnej, w której skład weszli: mgr Anna Pliś-Grymanowska (Przewodnicząca), mgr Tomasz Michniowski (zastępca Przewodniczącej), mgr Jacek Jaszewski (Sekretarz Komisji).
  - o obecności na posiedzeniu Rady Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, oraz Przewodniczącej Sądu Aptekarskiego. Ze względu na obowiązki zawodowe w posiedzeniu nie mogła uczestniczyć Pani mgr Anna Pliś-Grymanowska - Przewodnicząca Komisji Rewizyjnej.
  - o planowanej obecności p. mgr Moniki Urbaniak, która jako Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny chciała poznać nowych członków Rady, jak również przedstawić aktualne problemy i informacje związane z zawodem farmaceuty i funkcjonowaniem aptek.
- Pani Wiceprezes Lidia Czyż poinformowała zebranych o śmierci Pani magister Anny Gut. Obecni na posiedzeniu Rady uczcili Zmarłą minutą ciszy.
- Omówione zostały przesłane przez członków Rady propozycje zmian w porządku obrad. Wywiązała się dyskusja na temat organizacji pracy Komisji ds. wykonywania zawodu farmaceuty, w wyniku której ustalono iż zostanie ustanowiony regulamin Komisji. Do prac nad regulaminem oddelegowani zostali członkowie Komisji wraz z prawnikiem Izby - panią mgr Bogusławą

Szybisz.

Po omówieniu spraw bieżących rozpoczęło się spotkanie z panią magister Moniką Urbaniak – Podkarpackim Wojewódzkim Inspektorem Farmaceutycznym.

Omówiono szereg spraw związanych z działalnością Inspektoratu w kontekście współpracy z członkami samorządu aptekarskiego. Do najważniejszych należy zaliczyć:

- Rolę poprawnej komunikacji pomiędzy Inspektoratem a podkarpackimi aptekarzami. W związku z zasygnalizowanym przez panią Inspektor problemem z terminowością i regularnością przesyłania odpowiedzi na pisma i monity kierowane przez WIF, członkowie Rady apelują do Szanownych Koleżanek i Kolegów o możliwie szybkie i wyczerpujące przesyłanie odpowiedzi do WIF. W szczególności, prosimy o odesłanie przygotowanej przez Inspektorat ankiety kierowanej do aptek otwartych, aptek szpitalnych, punktów aptecznych i działów farmacji szpitalnej, oraz podanie w niej aktualnych adresów poczty elektronicznej. W przypadku braku dostępu do Internetu, prosimy o poinformowanie o tym fakcie w ankiecie.
- Podpisanie przez Prezydenta RP Ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw. Zmiany wprowadzone tą ustawą dotyczą również codziennej pracy aptekarzy. Komisja Legislacyjna działająca przy POIA opracuje dla Państwa skrót najważniejszych zmian.
- W odpowiedzi na pytanie członków Rady o to jak interpretować zakaz wydawania jednorazowo więcej niż jednego opakowania produktu leczniczego zawierającego substancje psychoaktywne, pani Inspektor wyjaśniła, iż:

  o ograniczenie to dotyczy również leków zarejestrowanych jako OTC lecz przepisanych na recepcie lekarskiej.

  **Oznacza to, iż farmaceuta nie może wydać więcej niż jednego opakowania leku OTC zawierającego substancję psychoaktywną nawet jeżeli jest on zapisany na recepcie!**

  Ograniczenie to nie dotyczy leków zarejestrowanych jako dostępne na receptę lekarską.

  o ograniczenie to dotyczy również preparatów OTC o różnej nazwie handlowej zawierających w swoim składzie tą samą substancję czynną.
- Zwracamy się również z prośbą do Szanownych Koleżanek i Kolegów o poprawne wypełnianie formularza zgłoszenia braku dostępności produktów

leczniczych. Bardzo prosimy o rzetelne sprawdzenie czy dany lek nie jest dostępny w kilku hurtowniach farmaceutycznych. Poprawne wypełnienie formularza usprawni pracę WIF i pozwoli na szybszą reakcję w przypadku rzeczywistego braku leku.

- Pani Inspektor wystosowała apel o jedność w środowisku aptekarskim, zwłaszcza w zakresie zwalczania zachowań i zjawisk patologicznych. Wywiązała się dyskusja na temat kar stosowanych w postępowaniach prowadzonych przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.
- Pozostałe poruszane tematy dotyczyły wprowadzenia zintegrowanego systemu obrotu lekiem, recepty elektronicznej, problemu przekraczania przez przedsiębiorców 1% ilości aptek w województwie, problemu reklamy aptek - również w kontekście nadawanych im nazw, oraz kwestie związane działalnością działów farmacji szpitalnej.

Po zakończeniu spotkania z panią mgr Moniką Urbaniak, Prezes Rady - p. dr Lucyna Samborska zarządziła głosowanie nad przyjęciem porządku obrad posiedzenia. Członkowie Rady jednogłośnie zatwierdzili następujący porządek obrad:

1. Przyjęcie porządku posiedzenia PORA.
2. Przyjęcie protokołu z ostatniego posiedzenia PORA.
3. Informacja z posiedzenia NRA.
4. Powołanie Komisji problemowych PORA (komisja legislacyjna, ds. aptek szpitalnych, ds. szkoleń), oraz koordynatora ds. działów farmacji szpitalnej.
5. Omówienie spraw związanych z opiniowaniem dyżurów aptek.
6. Dyskusja o kształcie witryny www.poia.pl.
7. Dyskusja w kwestii umieszczaniem ogłoszeń na stronie internetowej POIA.
8. Dyskusja o działalności wydawniczej Izby i efektywnym terminie zgłaszania uwag do publikacji przez członków PORA.
9. Dyskusja o możliwości wydłużenia czasu pracy Biura w jeden dzień w tygodniu.
10. Sprawy różne.

Ad. 2 - Członkowie Rady w głosowaniu jawnym jednogłośnie przyjęli protokół z poprzedniego posiedzenia PORA.

Ad. 3 - Pani Wiceprezes Lidia Czyż przedstawiła tematy wiodące na ostatnim posiedzeniu Naczelnej Rady Aptekarskiej. Posiedzenie to skupiło się na przygotowaniach do Krajowego Zjazdu Aptekarzy w styczniu 2016 roku. Poruszono również tematy dotyczące Centralnego Rejestru Farmaceutów, oraz systemu weryfikacji leków. Rozmawiano również o finansowaniu portali edukacyjnych prowadzących kursy z zakresu szkolenia ciągłego farmaceutów.

Ad. 4
W sprawie powołania komisji problemowych członkowie Rady postanowili:
Powołać Komisję Legislacyjną w składzie:
- mgr Marcin Bochniarz - przewodniczący Komisji
- mgr Jacek Brodziński - zastępca przewodniczącego Komisji
- mgr Przemysław Szybkowski - Sekretarz Komisji
- dr Aleksander Czarniawy - członek Komisji

Komisja została powołana jednogłośnie.

Na stanowisko Koordynatora POIA ds. Działów Farmacji Szpitalnej powołać panią mgr Marzenę Moskwa-Jacek. Uchwała w tej sprawie została podjęta jednogłośnie.

W zakresie Komisji do spraw aptek szpitalnych, oraz Komisji nauki i szkolenia, Rada ponownie postanowiła przenieść dyskusję na najbliższe następne posiedzenie.

Ad. 5
Dyskutowano o opiniowaniu przez samorząd aptekarski wniosków starostów poszczególnych powiatów dotyczących godzin otwarcia aptek i harmonogramu dyżurów. W większości z powiatów województwa współpraca pomiędzy organami samorządu lokalnego i aptekarzami układa się dobrze. Godziny otwarcia aptek proponowane przez apteki są akceptowane przez władze lokalne, zaś podczas konstruowania harmonogramu dyżurów brany jest pod uwagę głos aptekarzy. W kilkunastu powiatach województwa rolę apteki dyżurnej przejęły na własne życzenie apteki całodobowe. Rada zaakceptowała również wnioski Starosty powiatu krośnieńskiego w sprawie harmonogramu pełnienia dyżurów nocnych aptek, oraz starosty powiatu miasta Rzeszów w sprawie godzin otwarcia dwóch aptek ogólnodostępnych.
Członkowie Rady wysłuchali sprawozdania z sytuacji dyżurowej w powiecie ropczycko-sędziszowskim. W związku z niejasną sytuacją w tym powiecie i brakiem współpracy na linii samorząd lokalny - aptekarze, Rada zaopiniowała negatywnie harmonogram dyżurów aptek ogólnodostępnych przesłany przez Starostę powiatu ropczycko-sędziszowskiego. Równocześnie, członkowie Rady wystosowali pismo do Starosty, Przewodniczącego Rady Powiatu, oraz Przewodniczącego Komisji Zdrowia, zawierające apel o wzięcie pod uwagę głosu miejscowych aptekarzy podczas ustalania harmonogramu dyżurów, jak również zawierające propozycje rozwiązań mogących pomóc w naprawie sytuacji.
W związku ze spotkaniem aptekarzy i przedstawicieli władz lokalnych powiatu ropczycko-sędziszowskiego w dniu 23.11.2015, a mającego na celu wypracowanie wspólnego stanowiska w sprawie harmonogramu dyżurów, postanowiono iż z ramienia POIA aptekarzy reprezentował będzie Wiceprezes mgr Jacek Brodziński.

Ad. 6
Członkowie Rady postanowili, iż koniecznym jest odświeżenie i uatrakcyjnienie witryny www.poia.pl W najbliższym czasie dyskutowane będą możliwości zmian, oraz analizowane oferty prowadzenia nowej zmienionej strony Izby.

Ad. 7
W sprawie ogłoszeń zamieszczanych na stronie www.poia.pl, Rada postanowiła wydzielić grupy tematyczne ogłoszeń: Szukam pracy, Dam pracę, Kupię-sprzedam. Zamieszczane ogłoszenia mogą dotyczyć wyłącznie aspektów merytorycznych związanych z pracą aptek. Ustalono, iż Biuro Izby nie będzie ingerować w treść ogłoszeń, zaznaczając jednocześnie że Izba nie ponosi odpowiedzialności za ich treść. Zdecydowano, że ogłoszenia o treści obraźliwej nie będą publikowane.
Równocześnie Izba pracuje nad wprowadzeniem opłat za umieszczanie ogłoszeń dla osób lub podmiotów nie będących członkami POIA. Dla wszystkich magistrów farmacji zrzeszonych w podkarpackim samorządzie ogłoszenia pozostaną darmowe.

Ad. 8
Ustalono, iż każdy członek PORA będzie miał minimum 24 godziny na zgłoszenie uwag do projektów publikacji wydawanych przez Izbę.

Ad. 9
Podjęto decyzję, iż od 1 grudnia 2015 roku Biuro Podkarpackiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w każdy czwartek będzie otwarte dla interesantów do godziny 16:00.

Ad. 10
W części dotyczącej spraw różnych omówiono sprawę prenumerat zamawianych przez Biuro Izby, procedowano również sprawy farmaceutów członków POIA: prośbę o rozłożenie zaległych składek na raty, oraz prośbę o wydłużenie okresu edukacyjnego. W obu przypadkach członkowie Rady jednogłośnie zaakceptowali przesłane wnioski. Rozpatrywano również sprawę zgłoszoną przez jednego z farmaceutów, a dotyczącą wyboru rodzaju wazeliny w przypadku nie określenia przez lekarza czy chodzi o wazelinę białą czy żółtą. Rada zdecydowała o skierowaniu zapytania w tej sprawie do Konsultanta Wojewódzkiego ds. Farmacji Aptecznej – pana magistra Tomasza Kasprzyka. Po uzyskaniu stanowiska, Rada podejmie działania mające na celu określenie jednolitego sposobu postępowania w porozumieniu z NFZ.

Po omówieniu wszystkich punktów programu obrad, pani Prezes dr Lucyna Samborska dokonała zamknięcia obrad drugiego posiedzenia Podkarpackiej Okręgowej Rady Aptekarskiej siódmej kadencji.

# NON OMNIS MORIAR...

## Mgr farm. Anna Gut (z domu Trybucka)

Urodzona w Jaworniku Polskim 1 sierpnia 1940 r., zmarła w Rzeszowie 17 listopada 2015 r. Studia farmaceutyczne ukończyła na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Lublinie, dyplom magistra farmacji uzyskała w dniu 25 kwietnia 1968 r. Od 1 sierpnia tego samego roku podjęła pracę w zawodowa w Rzeszowie i do przejścia na emeryturę w 2011 r. pracowała cały czas w tym mieście. Po praktyce zawodowej, którą odbyła w Aptece Społecznej nr 81 w Rzeszowie przy placu Wolności, podjęła się obowiązków, oprócz wykonywania zawodu farmaceuty w aptece, również inspektora Działu Aptek, a także Zastępcy Dyrektora Rzeszowskiego Zarządu Aptek; kierownika Działu Rezerw i Działów Magazynowych A i D PZF Cefarm w Rzeszowie; informatora o lekach w Dziale Zaopatrzenia Farmaceutycznego. Z chwilą organizacji instytucji związanych z działalnością ubezpieczeniowo-finansową, podjęła pracę w Regionalnej Kasie Chorych w Rzeszowie i następnie w Podkarpackim Oddziale Wojewódzkim NFZ, gdzie pełniła obowiązki Naczelnika Wydziału Gospodarki Lekami.

Charakteryzowała Ją ogromna dynamika działania a przy tym pracowitość i dociekliwość, co owocowało wieloma trafnymi decyzjami zawodowymi, szczególnie w kontaktach ze wszystkimi świadczeniodawcami w trudnej sytuacji rynkowej ochrony zdrowia.

## Pomocnik aptekarski Agenor Cassina

W październiku 2015 r. zmarł w Kolbuszowej Agenor Cassina, ostatni Aptekarz w rodzinie farmaceutycznej o korzeniach włoskich, sięgających połowy XIX wieku.

Urodzony 16 stycznia 1919 r. w Radomyślu Wielkim, swą pracę zawodową rozpoczął w aptece rodzinnej w Kolbuszowej, pod

kierunkiem swego brata, magistra farmacji Stanisława, formalnie 1 września 1942 r. W tych trudnych, wojennych latach, apteka zlokalizowana w rejonie niemieckiego poligonu doświadczalnego Pustków, położyła ogromne zasługi podczas słynnej akcji „Most", dzięki której części rakiet V2 znalazły się w Anglii. Ta konspiracyjna działalność, z różnych względów, nie pozwoliła Mu na pełne wykształcenie zawodowe. Po zdanej maturze, 7 lipca 1946 r., nie mógł podjąć studiów wyższych, kontynuował pracę w aptece do 30 września 1950 r. W początkach lat pięćdziesiatych, dla osób, które posiadały doświadczenie zawodowe, zostały zorganizowane inne formy przygotowania zawodowego. W okresie 1 października 1950 r. – 30 kwietnia 1951 r. A. Cassina ukończył Kurs dla pomocników aptekarskich, tytuł ten dawał uprawnienia zawodowe, pozwalające na prowadzenie apteki. Bezpośrednio po kursie został zatrudniony w aptece w Kolbuszowej, która w międzyczasie stała się Apteką Społeczną nr 35. Od 11 lipca 1952 r. do 25 września 1963 r. pracował jako kierownik apteki w Błażowej. Wrócił do Kolbuszowej, gdzie w Aptece Społecznej pracował do przejścia na emeryturę w sierpniu 1980 r., nie kończąc definitywnie wykonywania obowiązków zawodowych, jeszcze wiele lat pracował w niepełnym wymiarze godzin.

Bożena Sawicka - Wiśniewska, Ryszard Wiśniewski

# Apteki jasielskie na dawnej pocztówce

W 2006 roku został wydany album p.t. „Jasło na starych pocztówkach i dokumentach". Zamieszczono w nim pocztówki wielo tematyczne wydawane przed pierwszą i drugą wojną światową oraz w okresie okupacji (1). W niniejszym opracowaniu zaprezentowano pocztówki obrazujące usytuowanie aptek funkcjonujących we wspomnianym mieście do 1939 roku. Poczynając od rynku naprzeciw figury św. Jana Nepomucena umiejscowiona była apteka – pierwsza w historii tego miasta (fot.1). Przy ulicy Kościuszki widzianej od strony rynku w pięknej jednopiętrowej kamienicy zlokalizowana została druga apteka (fot.2). Trzecia apteka w tym mieście mieściła się w narożnej kamienicy przy ul. 3 - go Maja (fot.3). Na uwagę zasługuje fakt, że dzieje aptek jasielskich (autorstwa Świebody) stanowią część historii tego miasta (2).

*Fot. 1 Jasło. Rynek. Naprzeciw figury św. Jana Nepomucena po prawej stronie apteka. Pocztówka 1915, 2422. Nakł. „Pracy" w Jaśle (zbiór własny autorów).*

*Jasło Ulica Kościuszki. Pocztówka pisana 23/9 1914, 2418. Nakł. „Pracy" w Jaśle (zbiór własny autorów).*

*Ulica 3- go Maja. Nakładem St. Wodyńskiej i A. Hałuchy w Jaśle. Rotograwura Dru-karni Św. Wojciecha w Poznaniu K S W (zbiór własny autor*ów). Apteki jasielskie

Streszczenie

Zaprezentowano pocztówki obrazujące usytuowanie aptek funkcjonujących w Jaśle do 1939 roku włącznie. Podkreślono fakt, że dzieje aptek jasielskich stanowią część historii tego miasta.

Piśmiennictwo

1. Borkowski A., Ruciński J.: Jasło na starych pocztówkach i dokumentach. Oficyna Wydawnicza Apla. Krosno 2006.
2. Świeboda J.: Apteki i farmaceuci w Polsce południowo - wschodniej od 1375 do 1951 roku. W.: Historia farmacji w Polsce południowo - wschodniej od 1375 do 2006 roku. [red. prowadzący Dominika Leszczyńska; zespół redakcyjny Lidia Maria Czyż et al.]. Podkarpacki Instytut Książki i Marketingu. Rzeszów 2006 s.125 - 129.

# Ostrokrzew amerykański

Z ostrokrzewem amerykańskim (*Ilex opaca)*, zwanym w języku angielskim ostrokrzewem bożonarodzeniowym (*Christmas holy)* , wiąże się wiele pięknych legend. Z ostrokrzewu robi się girlandy na Boże Narodzenie, nie z powodu pozostałości po dawnych zwyczajach pogańskich, jak niekiedy się uważa, lecz ze względu na jego symboliczne właściwości. Zgodnie z jedną z tradycji kłujące kolce i czerwone owoce przypominają zarówno płonący ogniem krzew, który Mojżesz ujrzał na górze Synaj, jak i koronę cierniową, która nowonarodzony Król pewnego dnia włoży na głowę.

Symboliczne znaczenie ostrokrzewu jako płonącego krzewu obecności Boga jest szczególnie trafne. W tradycyjnej liturgii adwentowej mówi się, ze w płonącym krzewie nie tylko Bóg Ojciec, ale też Bóg Syn ukazał się Mojżeszowi, ten sam, który później przyjdzie na świat w grocie jako bezbronne dziecko. Podobnie , krzew był symbolem samej Maryi Panny, której dziewictwo zostało zachowane mimo urodzenia dziecka, podobnie jak krzew nie spłonął mimo trawiącego go ognia.

*Michael P. Foley*
*Dlaczego jemy ryby w piątek ?*
*O katolickich korzeniach prawie wszystkiego*
Świat Książki Warszawa 2010

# Spis treści:

Słowo Prezesa ..... 3
1. List Prezesa NRA do Prezydenta Rzeczpospolitej Polskiej w sprawie obrotu lekami poza aptekami ..... 5
2. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – bezpłatne leki o kategorii dostępności „Rp" i „Rpz" dla osób będących m. in. żołnierzami-górnikami ..... 10
3. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje ..... 11
4. Notatka służbowa Zastępcy Dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji MZ w sprawie prac Zespołu ds. refundowanej opieki farmaceutycznej ..... 17
5. Stanowisko NRA w sprawie opieki farmaceutycznej ..... 23
6. Korespondencja NRA z Ministerstwem Zdrowia w sprawie wzrostu wynagrodzenia farmaceutów zatrudnionych w aptekach szpitalnych, zakładowych i działach farmacji szpitalnej ..... 24
7. Stanowisko GIF w sprawie odmów realizacji zamówień produktów leczniczych przez firmę Abbot Diabetes Care ..... 27
8. Komunikat Prezesa URPL dnia 3 listopada 2015 roku w sprawie zgłaszania działań niepożądanych leków ..... 28
9. Nowe oznakowanie leków – Czarny Trójkąt ..... 29
10. Posiedzenie NRAw dniu 4 listopada 2015 roku ..... 31
11. Posiedzenie PORA w dniu 19 listopada 2015 roku ..... 32
12. NON OMNIS MORIAR ..... 37
13. Apteki jasielskie na dawnej pocztówce ..... 39